



**Edna Pillsbury**  
2222 Simon Bolivar Ave  
N.O.L.A., 70113

**CRRC**  
1530 Gravier St  
N.O.L.A., 70112

**Arthur Monday**  
1111 Newton St  
N.O.L.A., 70114

# Formulario de Registro de Paciente Dental

Ha recibido el paciente servicios en alguna de nuestras clínicas?  Si  No

## INFORMACION DE EL PACIENTE *POR FAVOR COMPLETE (Complete) La forma completa*

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
----------	---------------	----------------

DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
-----------	--------	--------	---------------

NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO DE LA CASA	NUMERO DE CELULAR
-------------------------	---------------------	-------------------------------	-------------------

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO	RELIGION:
---------------------------------	-----------

<b>ESTADO MARITAL</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Pareja Domestica <input type="checkbox"/> Otro	<b>RAZA</b> <input type="checkbox"/> Negro / Afriamericano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Isleno de el Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Multiple Origen Etnico <input type="checkbox"/> Elijo no revelar	Lenguaje primario sino es ingles _____
		Necesita Servicios de Interpretacion? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
		Etnicidad/ Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No - Hispano

<b>IDENTIDAD DE GENERO</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Transgenero (F to M) <input type="checkbox"/> Mujer Transgenero (M to F) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No-binario/ genero neutral <input type="checkbox"/> Incognita <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar	<b>ORIENTACION SEXUAL</b> <input type="checkbox"/> Derecho(o) Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> Nose <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar	<b>PRONOMBRES</b> <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Negarse a contestar <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Nose <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> ze/hir/hirs <input type="checkbox"/> ey/em/eirs <input type="checkbox"/> xe/xem/xyrs <input type="checkbox"/> ve/vir/vis <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nombre	<b>ESTADO DE EMPLEO</b> <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Parte de el tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante - Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante - Parte de el tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado por incapacidad
--	---	--	---

<b>ESTADO DE VIVIENDA</b> <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> En riesgo de perder el hogar <input type="checkbox"/> Actualmente no estoy sin hogar, estaba hace 12 meses <input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio <input type="checkbox"/> Calle, Acampando, Debajo de el puente <input type="checkbox"/> Viviendo con otros <input type="checkbox"/> Vivienda Transicional <input type="checkbox"/> Hotel de uso individual <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo Permanente <input type="checkbox"/> Veterano en riesgo de personas sin hogar
--

Es usted veterano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA</b>	
	NOMBRE: _____	RELACION DE EL PACIENTE _____

<b>AGRICULTURAL WORKER</b> <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Seasonal <input type="checkbox"/> Neither	TELEFONO: _____	DIRECCION: _____
	CIUDAD _____	ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

<b>Es el paciente un menor?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    (En caso afirmativo complete la informacion del padre o tutor) Nombre de el padre o tutor: _____ Apellido: _____  Numero de seguro social: _____ Numero de telefono: _____  Direccion: _____
--

INFORMACION DE SEGURO	INFORMACION DE SEGURO
<input type="checkbox"/> Yo actualmente tengo seguro dental    Nombre de el seguro _____ <input type="checkbox"/> yo actualmente NO TENGO seguro dental <input type="checkbox"/> Me gustaria aplicar para seguro <input type="checkbox"/> Me gustaria aplicar para una escala de tarifa variable    Numero de Poliza: _____  Es esto un seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare (Si esta marcado vaya a la siguiente seccion)	<b>Please select Medicaid Plan:</b> <input type="checkbox"/> Aetna & Helathy Blue <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Louisiana Healthcare Connections <input type="checkbox"/> Amerihealth <input type="checkbox"/> Humana <input type="checkbox"/> Dina Dental <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield